Rok XXXII. Kraków, 28. Października 1893. Nr. 43.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{2}$ „	„ 6 „

I. Wykład wstępny prof. Dra Gluzińskiego.

(Przy rozpoczęciu wykładów patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jag. w dniu 14. października b. r.).

Panowie!

Stoję przed Panami po raz pierwszy jako świeżo zamianowany profesor patologii ogólnej w tym Uniwersytecie, w którym rozpocząłem naukę i przez lata całe czerpałem swoje wiadomości. Pojmiecie Panowie, że o ile dumny jestem z tego, o tyle tem bardziej czuję cały ciężar obowiązku, jaki zdecydowałem się wziąć na siebie.

Wziąłem go na siebie wobec Tych, którzy uznali mnie za odpowiedniego na to stanowisko, wziąłem wobec Was Panowie, wziąłem wreszcie wobec samego siebie. Ci, którzy mię powołali, wiedzieli dobrze, że dotąd głównem polem pracy mojej była klinika medycyny wewnętrznej — patologia szczegółowa; powołaniem mojem chcieli dać wyraz zapatrywaniom swoim, że droga do poznania patologii ogólnej prowadzi przez patologię szczegółową, która daje sposobność bezpośredniej obserwacyi rozmaitych zjawisk chorobowych, zmuszających koniecznie do szukania związku między nimi, między ich przyczynami, między zmianami, które te przyczyny w ustroju wywołały. Udowodnić, że zapatrywanie się Ich słuszne — to pierwszy mój obowiązek a wypełnienie tego obowiązku o tyle będę miał łatwiejsze, że ono mi pozwala a właściwie nakazuje nie opuszczać dalej drogi, którą lata całe szedłem, t. j. drogi d o ś w i a d c z e n i a k l i n i c z n e g o.

Ważny obowiązek zaciągnąłem wobec Was Panowie: mam Was uczyć, ułatwiać Wam zdobywanie wiedzy, zachęcać do pracy dając sam dobry przykład, być wreszcie Waszym doradcą i sędzią sprawiedliwym Waszych usiłowań. Pragnę ten obowiązek wypełnić z całą sumiennością; czuję dobrze, że jest on głównym z zadań moich. Spełniając ten obowiązek będę miał prawo domagać się i wypełnienia Waszych obowiązków, jaki każdy z Panów wziął na siebie, wpisując się w poczet uczniów Uniwersytetu a specyalnie mówiąc w tej chwili, przestępując progi tego zakładu.

Nie mniej ważny zaciągnąłem obowiązek wobec siebie samego, wobec sumienia własnego, które długo kazało mi rozważać, ażali mam tu stanąć przed Wami, czy odpowiem zaufaniu Tych, którzy mnie na to zaszczytne stanowisko powołali. W chwili obecnej mogę tylko powiedzieć, że obowiązek ten stoi mi ciągle na pamięci, zachęcać mnie będzie do ciągłego postępu, by Wam go podawać i ile mię stać będzie, przyczyniać się do niego.

Zaciągnąłem moi Panowie! zatem swoje obowiązki tak, jak Wy Swoje; uzupełniają się one wzajemnie, jak myśmy się uzupełniać powinni. Pomagajmy sobie zatem wzajemnie do spełnienia swych zadań — pracujmy zatem wspólnie; mnie zastaniecie gotowym zawsze do udzielania rad i wskazówek a mam niepłonną nadzieję, że Was Panowie spotkam na stanowisku pilnych i dzielnych uczniów. Z tem przeświadczeniem przystępuję do pierwszego naszego wykładu, w którym uważam za stósowne podać Panom w głównych zarysach pojęcie, zadanie i metody badania naszego przedmiotu, t. j. patologii ogólnej.

W ogólnem, utartem dziś pojęciu przez patologią rozumiemy naukę o ciele chorem, jak przez fizyologią naukę o czynnościach ciała zdrowego. Wychodząc z tego określenia pierwszym warunkiem porozumienia się, to danie odpowiedzi na pytanie: co zowiemy c h o r o b ą? Chorobą nie nazwiemy pewnych zboczeń budowy organizmu, n. p. braku rozwoju części płciowych, braku pewnego mięśnia; chorym nie nazwiemy człowieka, który ma wrodzony brak jednej lub kilku kończyn, lub któremu je przed laty odjęto; będzie to tylko n i e p r a w i d ł o w o ś c i ą — chorem nie nazwiemy wreszcie ciała umarłego, mimo, że w niem znajdziemy najrozmaitsze zboczenia. By być c h o r y m, trzeba ż y ć; choroba jest więc ściśle związaną ze s p r a w ą ż y c i o w ą. Wieki całe chcąc dotrzeć do jądra prawdy zużyły najtęższe umysły

dla dania sobie odpowiedzi, jak zapatrywać się na tę sprawę życiową, by powiedzieć, co jest życie? Z pośród mglistych, mistycznych, nieraz fantastycznych pojęć, które dawały podstawę najrozmaitszym systematom nauki, stósownie do tego, jak urabiało się pojęcie życia i gdzie jego źródła szukano, nie wyłonił się naturalnie ani jeden, któryby zadanie rozwiązał; praca jednak nie poszła na marne, zyskaliśmy między innemi jedno pojęcie dla nas ważne, że to jest żywem, co na pewne bodźce (*irritamenta*) oddziaływa czynnością, a drugie, że źródła tego życia nie w sokach z osobna organizmu, jak chciała humoralna patologia, nie w samej krwi, jak chciała hematopatogia, nie w układzie nerwowym, jak chciała neuropatologia a tem mniej w węźle życia *Flourensa* szukać należy, ale że w złożonym ustroju każdy narząd ma swoje życie a w narządzie tym każda tkanina a w tkaninie każda komórka lub pierwociny, które z komórki powstały.

Jest to niespożytą zasługą Virchowa, który na podstawie swych badań miał prawo powiedzieć *omnis cellula a cellula*, uzupełniając w ten sposób zdanie Harveya *omne vivum ex ovo* i tworząc podstawę tak zwanej przez siebie patologii komórkowej (*Cellularpathologie*).

Każda zatem komórka, każda tkanina, każdy narząd, cały wreszcie pewien ustrój, jeżeli żyją, żyją życiem własnem, mają swoją *vitam propriam* dawnych autorów, jak z drugiej strony, co żyje, posiada w sobie energią oddziaływania czynnością na pewne bodźce zewnętrzne.

Bodźce te zewnętrzne stanowią okoliczności, wśród jakich życie się odbywa; od nich i od energii, z jaką oddziaływają na nie składniki naszego ciała z osobna, zależy, czy ustrój nasz jest zdrowym czy chorym. Chorobę, bowiem pojąć możemy tylko jako zboczenie od prawidłowej sprawy życiowej. Ustrój nasz wśród nader zmiennych i rozlicznych okoliczności jest urządzony tak, że mocą regulujących czynności jest w stanie przedstawiać prawidłową sprawę życiową, t. j. zdrowie a jeżeli te regulujące czynności nie są już w stanie wobec okoliczności, bodźców działających utrzymać prawidłowych spraw życiowych, powstaje choroba, której stopień i trwanie zawisły znów od rodzaju i ilości bodźca z jednej strony a energii ustroju z drugiej strony; od nich zawisłem będzie, czy mamy przed sobą lekką czy ciężką, krótką czy przewlekłą chorobę. Pojęcie to choroby, jak i okoliczności, w jakich ona powstaje, i na tem pojęciu oparta nauka, nie mogły powstać od razu, potrzebowały długiego czasu, wielu przemian myśli, rozwinąć się mogły dopiero na podstawie innych nauk naszych a jak w każdej nauce przyrodniczej, trzeba było posuwać się i tu od szczegółów do pojęć ogólnych.

Przede wszystkiem przedmiotem badania był człowiek chory; z niego zbierano i spisywano objawy, grupowano je w pewne szeregi, jako opisy osobnych chorób; tworzyła się zwolna dawna patologia szczegółowa, oparta tylko na objawach i uczuciach podmiotowych chorych, czyli właściwie symptomatologia a ile razy przedwcześnie pokuszono się o jakieś ogólne systemata, na podstawie których szukano dla nich ogólnych prawideł, sprowadzano rzecz całą na błędne drogi; jeden systemat padał po drugim i czyniono to dopóty, dopóki w pomoc nie przyszła anatomia patologiczna, dopóki ona nie wykazała, że przy pewnych objawach, jakie przedstawia ustrój chory a które odpowiadają pewnej danej chorobie, znajdujemy pewne zmiany w komórkach, tkankach i narządach. Od tej chwili zaznacza się zwrot w nauce. Dziś ze zbiorem objawów, z wynikiem fizycznego badania danego chorego, przywołujemy sobie na pamięć obraz pewnej choroby i łączymy z nim odrazu obraz zmian, jakie ustrój będzie przedstawiać w tej chorobie. Teraz dopiero, gdy zebrano cały szereg podobnych obrazów, przyszła kolej na wykazanie związku między obrazem choroby a zmianą znalezioną w ustroju i na wykazanie związku między przyczynami chorób a ich skutkami; chodziło o wykazanie, jak n. p. u ludzi, którzy przedstawiali po śmierci zmiany na zastawkach sercowych, w ujściach żylnych, w mięśniu sercowym i t. d. a którzy za życia przedstawiali takie a takie objawy, jak u tych ludzi odbywała się ta sprawa życiowa w tych okolicznościach nieprawidłowych z jednej strony, z drugiej strony o znalezienie bodźców, okoliczności, które tę zmianę wywołały a w trzecim rzędzie o wykazanie związku między temi bodźcami a znajdywanemi zmianami za życia i po śmierci. Są to niejako działy jednej i tej samej nauki, z których w jednym n. p. zapoznajemy się z przyczynami chorób: zowiemy go etyologią; w drugim z zasadami objaśniającemi związek zjawisk chorobowych między sobą i stósunek ich do przyczyny: będzie to patogeneza. Z działów tych składa się nauka patologii, t. j. z nauki o objawach (symptomatologia), z anatomii patologicznej, etyologii, patogenezy i t. d. Co do różnych chorób z osobna, zajmuje się niemi patologia szczegółowa a o ile z poszczególnych tych wiadomości, dały się wywieść ogólne zasady, utworzyły one patologię ogólną, która, jakkolwiek historycznie później powstać musiała, aniżeli patologia szczegółowa, to dla celów dydaktycznych zaznajamiamy się z nią pierwej, nim Panowie wstąpicie do kliniki, by mając pojęcia ogólne łatwiej się później zoryentować w szczegółach.

Wracając do swego przedmiotu zaznaczyć musimy, że wyniki badań tych poszczególnych działów naszej nauki dążą do jednego celu, do poznania prawideł spraw życiowych w okolicznościach nieprawidłowych, t. j. choroby, czyli dążą do utworzenia fizyologii patologicznej. Żyjemy w czasach, które dzięki zdobyczom naukowym ostatnich dziesiątków lat, już dzisiaj pozwalają naukę naszą przedstawić jako fizyologię patologiczną. Daleko jej jeszcze, by porównać się mogła z fizyologią normalną, ale bo też zakres jej daleko obszerniejszy. Fizyologia patologiczna jest więc koroną, jak mówi Birch-Hirschfeld, tego budynku który tak dawno się już wznosi, jest ona w znacznej części celem i treścią patologii ogólnej. Ma ona nam dać poznać tak prawa spraw życiowych w ciele chorem, jak fizyologia normalna czyni to dla ciała zdrowego; są to nauki w ścisłym związku ze sobą zostające.

Jak bez anatomii a zwłaszcza części jej histologicznej nie podobna dobrego pojęcia nabrać o anatomii patologicznej, tak znajomość fizyologii normalnej umożliwia dopiero poznanie fizyologii patologicznej. Fizyologia normalna była przewodniczką i wzorem dla ukształtowania się fizyologii patologicznej, tego głównego działu patologii ogólnej, która też najlepiej da się przedstawić, jeżeli będziemy się trzymać podziału przyjętego już w fizyologii, t. j. będziemy mówili kolejno o patologii krążenia, oddechania, trawienia i t. d.

Obok podziału fizyologia patologiczna zastósowała do swoich celów znaczną część metod badania, jakiemi się posługuje fizyologia normalna. Fizyologia normalna znaczny

zasób swoich prawideł zdobyła drogą doświadczenia na zwierzętach, eksperymentu; patologia zastósowała go u siebie w całej pełni, zyskując przez to jeszcze jedno określenie, t. j. nauki doświadczalnej. Drogą tą rozrozwiązała patologia ogólna szereg cały zagadnień, tak pod względem przyczyn chorób, jak pod względem poznawania zjawisk chorobowych i związku ich między sobą. Nie trzeba jednak przeceniać tej metody badania; zakres jej ograniczony już to wskutek tego, że nie jesteśmy w stanie naśladować wszystkich naturalnych okoliczności powstawania choroby, już to dla rozmaitości budowy, warunków życia, funkcyi poszczególnych gatunków zwierząt, które nie pozwalają przenieść wprost zdobytych wyników do patologii człowieka. Dość przytoczyć Panom, że człowiek podlega pewnym chorobom, których u zwierząt nie spotykamy i których wywołać u nich nie jesteśmy w stanie, że jedna i ta sama choroba stósownie do gatunku zwierzęcia przebiega odmiennie i t. d.

Występuje tu do pomocy doświadczenie, eksperyment niejako przez naturę samą podany w postaci rozlicznych chorób człowieka i słusznie twierdzi Cohnheim, że „systematyczne a uważne spostrzeganie przy łóżku chorego jest wprost niewyczerpanem źródłem dla fizyologii patologicznej“. Jest ono koniecznem i niezbędnem i dla tego, który chce pracować w patologii. Klinika z jednej strony, anatomia patologiczna z drugiej, to dwie stacye kontrolujące i uzupełniające zadanie patologa, chroniące od bezdroży a powiem otwarcie, broniące od nadużywania zwierząt do eksperymentowania zbytecznego i bezcelowego.

W ten sposób poznaliśmy moi Panowie! istotę, drogi i metody patologii ogólnej. Jakie jej znaczenie? Ma ona nam wskazać przyczyny chorób, zmiany wywołane przez nie w składzie tkanin naszych, objawy i zrozumienie tych objawów życia w okolicznościach odmiennych od prawidłowych. Daleko jej jeszcze od całości; w wykładach dalszych obok tego, co wiemy, poznacie Panowie i braki a im bardziej wiadomości swe pogłębiać będziecie, tem szersze przed Wami otwierać się będzie pole zagadnień czekających rozwiązania. W każdym razie dziś patologia pojęta jako fizyologia patologiczna zdobyła tyle podstaw, że stała się już umiejętnością, zdobyła sobie należne stanowisko w rzędzie nauk przyrodniczych — jest ona częścią nauki o życiu, t. j. biologii.

Patologii nowoczesnej, jak zwraca uwagę Virchow, zawdzięczamy poznanie, że różnica między życiem w zdrowiu i chorobie nie polega na różnicy zasadniczej między dwoma gatunkami życia, nie na zmianie samej istoty, lecz tylko na zmianie okoliczności. Prócz tego czysto naukowego znaczenia patologia ma przed sobą zadanie drugie, czysto praktyczne. Jako lekarze mamy przede wszystkiem zapobiegać chorobom czyli podawać sposoby utrzymania zdrowia a w razie choroby rozpoznać ją i leczyć. Tylko przez poznanie przyczyn, sposobu ich działania, przez poznanie etyologii, która jest częścią patologii, możemy podawać przepisy utrzymujące zdrowie (jestto działanie lekarza zapobiegawcze czyli profilaktyczne), tylko przez zrozumienie dobre czynności ustroju w danych okolicznościach nieprawidłowych, przez umiejętne znalezienie kolejności i związku między objawami, jakie zdobywamy przy łóżku chorego za pomocą swych sposobów badania, i złączenie ich z obrazem, jaki podaje nam anatomia patologiczna, możemy dobrze rozpoznawać i trzymając się starej zasady, jakie rozpoznanie, takie leczenie, leczyć racyonalnie.

Jak widzicie Panowie, patologia ogólna wkracza do wszystkich gałęzi nauk lekarskich i właściwie wszystko, co wiemy dotąd o ciele chorem, moglibyśmy w niej pomieścić. Temat to tak obszerny, że z pedagogicznych względów należało go podzielić. Pewną częścią, t. j. nauką o przyczynach chorób, zajmuje się higiena, biorąc do pomocy zoologię, botanikę, fizykę, chemię; inną część, t. j. naukę o zmianach w tkankach powstałych w chorobie, objęła anatomia patologiczna; naukę o objawach (symptomatologia), rozpoznawanie i leczenie objęła głównie klinika tak, że nam jako główne zadanie wykładów pozostaje fizyologia patologiczna, t. j. nauka o czynnościach ustroju chorego. Nie spuścimy z oka naturalnie i innych działów, o ile tego dla zrozumienia rzeczy będzie potrzeba.

Dla należytego korzystania z wykładów przynajmniej jednego wymagać muszę, aby słuchacze patologii ogólnej, zapoznali się poprzednio z fizyologią normalną i ważniejszemi częściami anatomii patologicznej a poznacie Panowie, jak wiadomości z patologii ogólnej wyniesione, ułatwią Wam dalszą naukę przy łóżku chorego. Dlatego Panowie nie mogę dość gorąco zachęcić Was, do pilnego uczęszczania na wykłady dla dobra Waszego, dla ułatwienia sobie dalszej pracy a mam nadzieję, że z końcem roku wzajemnie sobie powiemy: spełniliśmy swój obowiązek!

II. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

Przedstawiłem w głównym zarysie dwa sprzeczne poglądy różnych psychiatrów, tyczące się istoty i sposobu powstawania omamów i złudzeń zmysłowych. Chcąc przejść teraz do ściślejszej krytyki tych poglądów, pozwolę sobie zestawić jeszcze raz w krótkości najważniejsze w tej mierze szczegóły.

1) Wszyscy psychiatrzy zgodnie nazywają omamami wrażenia zmysłowe, powstałe bez żadnego działania podniet właściwych dla danych zmysłów, t. j. bez działania przedmiotów zewnętrznych a jednak tak silne i wyraźne, że ich od rzeczywistych wrażeń zmysłowych odróżnić nie można. Nad tym punktem nie potrzebujemy się więc wcale dłużej zatrzymywać.

2) Za źródło powstawania omamów zmysłowych uważają jedni a mianowicie zwolennicy t. zw. teoryi zmysłowej, zadrażnienie narządów zmysłowych gdziekolwiek w ich przebiegu od obwodowych zakończeń aż do odpowiednich ośrodków podkorowych włącznie. Inni zaś a mianowicie zwolennicy t. zw. teoryi duchowej, twierdzą przeciwnie, że wyłącznem źródłem powstawania omamów zmysłowych jest pierwotne zadrażnienie ośrodków korowych danych zmysłów, powstałe skutkiem podwyższenia się czynności wyobraźni.

3) Jedni widzą w podkorowych ośrodkach zmysłów miejsce, gdzie całkowite i to najbardziej złożone wyobrażenia zmysłowe przychodzą do skutku; drudzy zaś uważają je tylko za ośrodki poczucia elementarnych wrażeń zmysłowych. Całkowite i złożone wyobrażenia zmysłowe powstać mogą

wedle tych tylko w ośrodkach zmysłowych korowych, gdzie się też zaraz ustalają; wedle tamtych zaś ośrodki zmysłowe korowe są pozbawione wszelkiego poczucia i służą wyłącznie do ustalania obrazów zmysłowych, odczutych całkowicie już w ośrodkach podkorowych.

4) Na podstawie tych twierdzeń powstać mogą wedle pierwszych rzeczywiste omamy zmysłowe bez zadrażnienia a nawet bez obecności ośrodków zmysłowych korowych; wedle drugich jest to niemożliwe.

5) Pierwsi twórcy teoryi duchowej, mianowicie Esquirol a za nim Griesinger, mówią wyraźnie, że wygórowana wyobraźnia a więc myśl, jest źródłem powstawania omamów zmysłowych i odmawiają właściwym narządom zmysłowym, t. j. obwodowym ich częściom, wszelkiego udziału w tworzeniu się omamów zmysłowych. Są więc wyznawcami czystej teoryi duchowej, t. j. teoryi duchowej bezwzględnej.

Późniejsi nieco wyznawcy teoryi duchowej, uwzględniając prace Hagena, zmieniają częściowe pierwotne zapatrywania się i hołdują tak zwanej teoryi duchowej względnej. Zgadzają się bowiem z Hagenem o tyle, że przyznają, iż do powstawania omamów zmysłowych koniecznem jest zadrażnienie ośrodków zmysłowych podkorowych; różnią się zaś od wyznawców teoryi zmysłowej Hagena tem, że twierdzą, że zadrażnienie to ośrodków zmysłowych podkorowych pochodzi od pierwotnego zadrażnienia ośrodków korowych; idzie zatem od środka ku obwodowi. Wedle Hagena przeciwnie zadrażnienie to powstaje w ośrodkach zmysłowych podkorowych albo pierwotnie albo też udziela się im od bardziej obwodowych części narządów zmysłowych; idzie zatem zawsze od obwodu ku środkowi.

6) Wedle wyznawców teoryi duchowej w okolicznościach tych nie powstają właściwe omamy zmysłowe, lecz tylko niewyraźne poczucia zmysłowe prowadzące do złudzeń, które Krafft-Ebing dla odróżnienia od innego rodzaju złudzeń nazwał złudzeniami fizyologicznemi.

7. Hagen sam przyznaje, że omamy zmysłowe mogą być niekiedy niewyraźne t. j. nieoznaczone ściśle a wtedy uzupełniają się przez wyobraźnię do wyraźnych obrazów zmysłowych, czyli prowadzą do złudzeń. Złudzenia te wedle mego zdania najodpowiedniej byłoby nazwać omamowemi a nie fizyologicznemi.

Jak wspomniałem, wyznawcy teoryi duchowej przeczą stanowczo temu, żeby przez zadrażnienie obwodowych części narządów zmysłowych powstać mogły omamy zmysłowe i opierają się na tem, że przez sztuczne zadrażnienie nerwów zmysłowych, n. p. za pomocą prądów elektrycznych, wyjątkowo tylko wywołać można omamy zmysłowe u osób zdrowych; u osób zaś chorych na umyśle powstają w tych okolicznościach takie omamy, jakich one zazwyczaj doznają. Najnowsze doświadczenia Chwostka odnoszące się do omamów słuchu w zupełności to potwierdzają.

Na tej podstawie nie można się jednak opierać za bardzo. Dowodzi to tylko, że obecne nasze środki doświadczalne nie wystarczają do tego, byśmy mogli w nerwach zmysłowych sprawić taką zmianę, jakiej one doznają w prawidłowej swej czynności; a jak z jednej strony nie można wykluczyć możebności, że się w przyszłości to kiedyś uda, tak z drugiej strony nie możemy stanowczo twierdzić, żeby takie zmiany nie mogły powstać w samym ustroju od jakichś wpływów chorobowych.

Przeciwnie znamy objawy chorobowe, które za tem przemawiają, iż to jest możliwem, przynajmniej co do zmysłu czucia a tak również zdarzyć się może i w innych zmysłach.

Zwracałem już raz uwagę na uczucie bólu, jakiego ktoś doznać może w kończynie amputowanej przez ucisk na bliznę w kikucie; wiadomo również, jak gwałtownych doznają bólów w obwodowych częściach ciała chorzy w pierwszym okresie wiądu rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis*). Ból ten jest tego rodzaju, iż chorym nie można w żaden sposób wytłumaczyć, że źródłem jego są zmiany chorobowe w rdzeniu a nie na obwodzie. Znanem jest również wszystkim z własnego doświadczenia uczucie mrowienia, jakiego doznajemy, jeżeli przez dłuższy czas uciśniętym zostanie pień jakiegoś nerwu czuciowego, najczęściej łokciowego lub kulszowego, bo te najłatwiej ulegają takiemu uciskowi. Prawda, że chociaż każdy doznaje w takim razie uczucia zupełnie takiego, jakby po nim w danem miejscu łaziły mrówki, to jednak każdy poznaje i wie doskonale o tem, że uczucie to jest czysto podmiotowem i nie pochodzi od odpowiedniego, rzeczywistego przedmiotu, t. j. od łażenia mrówek. Musimy wziąć jednak to pod uwagę, że w tym razie dlatego tylko poznajemy, iż odpowiedniego przedmiotu zewnętrznego nie ma, że uczucie dane kontrolujemy innemi zmysłami a mianowicie wzrokiem.

Ślepy nie mógłby tego rozpoznać, zwłaszcza, jeżeliby w dodatku nie mógł dotknąć się inną częścią ciała tego miejsca, w którem swego uczucia doznaje, a tem samem i dotykiem nie zdołał skontrolować tego doznanego uczucia. Jeżeli przez drażnienie sztuczne nerwów zmysłowych nie potrafimy na pewne wywołać takich obrazów zmysłowych, jakich doznajemy w stanie prawidłowym przez działanie podniet właściwych, to pochodzi to, jak już wyżej wspomniałem, najpierw z braku odpowiedniej techniki a po drugie i z tego powodu, że w dotychczasowych doświadczeniach zawsze równocześnie bywały zadrażnione nerwy czuciowe w sąsiedztwie znajdujące się, i to właśnie jest przyczyną, że osoby, o które chodzi, jeżeli dokładnie oceniają okoliczności towarzyszące, t. j. są umysłowo zdrowe, poznają, że dane poczucie zmysłowe, nie pochodzi od odpowiednich przedmiotów zewnętrznych, ale jest podmiotowem, t. j. pozostało we własnym ich ustroju. Gdyby nie było równoczesnego zadrażnienia nerwów czuciowych, jak n. p. w zapaleniu ucha wewnętrznego i t. p., osoby, których to się tyczy, z pewnością uczucia szumu, huku, dzwonienia i t. p. odnosiłyby do jakichś zewnętrznych przedmiotów n. p. szumu wody, świstu wiatru i t. p.

Z tego wszystkiego widzimy, że przez zadrażnienie narządów zmysłowych gdziekolwiek w ciągu ich przebiegu od obwodowych aż do podkorowych ich zakończeń włącznie, mogą w pewnych okolicznościach powstawać rzeczywiste omamy zmysłowe, jak to twierdzą Hagen, Meynert i inni.

Nie da się jednakże zaprzeczyć, iż w ten sposób powstać mogą także tylko jakieś nieokreślone poczucia zmysłowe, które dopiero przez rozumowanie odniesione bywają do jakichś przedmiotów zewnętrznych a więc są właściwie złudzeniami tylko a nie omamami rzeczywistemi, we właściwem tego wyrazu znaczeniu. Ponieważ tym uczuciom nie odpowiada żaden rzeczywisty przedmiot zewnętrzny, czyli ponieważ uczucia te powstają wskutek działania podniet niewłaściwych na dany narząd zmysłowy, przeto możnaby je zwać

omamami nieokreślonymi albo, jak to Hagen czyni, niewyraźnymi; ale ponieważ uczucia te dopiero przez rozumowanie odniesione bywają do jakichś przedmiotów zewnętrznych a więc odbywa się tu czynność, która głównie działa w powstawaniu złudzeń zmysłowych, sądzę, że najodpowiedniej możnaby nazwać tego rodzaju zboczenia zmysłowe złudzeniami omamowemi. Nazwę złudzenia fizyologiczne podaną przez Krafft-Ebinga na te zboczenia, uważam za niewłaściwą i nieodpowiednią. Różnica między omamami rzeczywistemi a złudzeniami omamowemi będzie ta, iż pierwsze przedstawiają tak wyraziste i żywe obrazy zmysłowe, że osoby, których się to tyczy, nie są w możności dać się przekonać o tem, iż ulegają błędom w spostrzeganiu. Złudzenia zaś wszelkie wogóle a więc i omamowe mogą być po bliższem i dokładnem zastanowieniu się uznane za błędne wyobrażenia, gdyż nie przedstawiają dosyć pewnych i wyrazistych obrazów zmysłowych, lecz przedstawiają się tylko jako niewyraźne poczucia.

Jak już wspomniałem, wykazały doświadczenia, że za pomocą sztucznego drażnienia nerwów zmysłowych wyjątkowo tylko dadzą się wywołać złożone, to jest obrazowe omamy zmysłowe. Przytoczę teraz kilka w tej mierze przykładów.

Mechaniczne drażnienie nerwu wzrokowego przez uciskanie, rozrywanie albo rozcinanie jego włókien w obrębie siatkówki, powstałe wskutek naciskania na gałkę oczną, albo też w inny sposób n. p. przez przepełnienie naczyń krwionośnych siatkówki, albo naczyniówki, sprowadza prawie zawsze pojawianie się światła białego, rzadko barwnego. Natężenie, trwanie i rodzaj objawów świetlnych wywołanych przez wpływ podniet mechanicznych bywają różne, stosownie do przyczyny, która je wywołuje.

Przecięcie wszystkich włókien nerwu wzrokowego w samym jego pniu ma sprawiać uczucie nadzwyczaj mocnego światła w rodzaju błyskawicy rozprzestrzeniającej się na całem polu widzenia. Podobnego uczucia doznaje się także po mocnem uderzeniu w okolicę gałki ocznej, przyczem naturalnie muszą być zadraźnione prawie wszystkie włókna nerwu wzrokowego podobnie, jak przy jego przecięciu.

Podobnie, chociaż w mniejszym stopniu, rozjaśnia się pole widzenia za nagłem a mocnem skierowaniem gałki ocznej na wewnątrz, na zewnątrz lub w jakimkolwiek innym kierunku a dzieje się to skutkiem silnego naciągnienia wielkiej ilości włókien nerwu wzrokowego, za każdym takim silnym i gwałtownym ruchem gałki ocznej. Ograniczone pojawienie się światła występuje także, gdy uciskamy gałkę z boku. W tym razie widzimy w polu widzenia okrągłą figurę świetlną po stronie przeciwnej uciskowi. Jeżeli z przodu uciskamy miernie całą gałkę oczną, wtedy widzimy rodzaj wiru świetlnego. Pojawienie się nagłe silnego światła w kształcie błyskawicy następuje także w czasie zamknięcia i otwarcia prądu galwanicznego, przepuszczanego przez nerw wzrokowy. Podobnego wrażenia doznajemy za każdą zmianą mocy przepuszczanego prądu stałego; gdy zaś przepływa prąd stały o stałem niezmiennem natężeniu, pojawiają się figury barwne. Barwa zmienia się za zmianą kierunku prądu wedle niektórych autorów; inni tego nie dostrzegali. Wedle Brunnera daje prąd dośrodkowy t. j. domózgowy barwę niebiesko-zielonawą, prąd odśrodkowy t. j. odmózgowy barwę żółtawo-czerwoną.

Zachowania się nerwu wzrokowego względem podniet termicznych i chemicznych wcale nie badano w ścisły sposób naukowy.

Z przykładów przytoczonych widać, jak niedostateczne i niepewne są doświadczenia co do stanowczego rozstrzygnięcia pytania, o które nam chodzi. To samo tyczy się podobnych doświadczeń ze zmysłem słuchu. Innych zmysłów wcale dotychczas dokładniej nie badano a nawet ich czynności fizyologiczne są przeważnie nieznane.

Co się tyczy pytania, czy całkowite poczucie zmysłowe powstaje już w ośrodkach zmysłowych podkorowych, czy dopiero w korowych, tego na pewne rozstrzygnąć nie można. Przytoczę jednak doświadczenia tu należące a potem zastanowimy się bliżej nad ich wynikami.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III.

W sprawie poruszonej artykułem Dra W. Chrząszczewskiego pod tytułem: **Nowa metoda leczenia wiewióra (trypra) wstrzykiwaniami ciepłego kwasu borowego** zamieszczonym w Nrze 40. *Przeglądu lekarskiego*. z r. b. otrzymujemy następujące pismo:

Przepłukiwań kwasem borowym i ja używam; o ile wiem, używa ich też docent i prymaryusz Dr. Zarewicz, a z lwowskich o kol. Świątkiewiczu wiem to na pewno. Mem zdaniem analogia tu bliższa z pęcherzem, niż z okiem; w leczeniu zaś pęcherza kwas borowy od bardzo dawna chyba wybitną gra rolę. Przepłukiwań używa się w ogóle ciepłych, choć nie wiem, czy kto, ja przynajmniej nigdy nie kierowałem się termometrem, i zdaje mi się, że nie używałem roczynów ogrzanych ponad 30° C.

Byłbym tego obecnie spróbował i nie odzywał się przed przeprowadzeniem prób, gdyby nie niejasny nieco ustęp w bardzo szczegółowym opisie. Kolega Ch. wspomina, że kateter posmarowany 10% maścią borową wprowadza do części krokowej (*pars prostatica*), że płyn wstrzykuje a odjąwszy strzykawkę wypuszcza go. Rzecz to niemożliwa. Albo kol. Ch. wprowadził kateter aż do pęcherza a wtedy, choćby bezpośrednio po oddaniu moczu (z nader rzadkimi wyjątkami) wypłynie nim przed założeniem strzykawki kilka kropel moczu a po wstrzykiwaniu i odjęciu strzykawki płyn wstrzyknięty, który jednak z częścią krokową a właściwie jej błoną śluzową wcale się nie zetknął albo też kol. Ch. był rzeczywiście tylko w części krokowej, a wtedy, jeśli pęcherz nie był nadmiernie wypełniony, mocz nie ukazał się z kateteru, nie wypchnął wypełniającego go powietrza i kol. Ch., mimo ostrożności zachowanych przy napełnianiu strzykawki, wpędził to powietrze w głąb; wstrzyknął też i płyn, ale ten płyn na powrót nie odpłynie, bo wchodząc przezwyciężał łatwiej opór zwieraczy krokowych, niż *compressoris urethrae* i wpłynął do pęcherza; drogę z powrotem ma jednak przez wspomniane zwieracze krokowe odciętą.

Że kol. Ch. wprowadzał oczko kateteru aż do pęcherza i za pierwszym razem tylko pęcherz, za następnymi tylko część przednią przestrzykiwał, z pominięciem części tylnej, która, o ile bywała zajętą, goiła się może pod wpływem wspomnianej, do pomazywania cewnika użytej maści borowej — wnoszę ze wzmianki, że po przepłukaniu mniemanej części krokowej wyciąga kol. Ch. kateter o 4—6 cm., czyli mniej więcej właśnie o tyle, ile mierzy część tylna, i dopiero część przednią przepłukuje.

Zresztą, choć rzeczy za *universale specificum* nie uważam, za jakie jej też i kol. Ch. nie podaje, o rezultatach dobrych nie wątpię i próby, jak wspomniałem, przeprowadzić zamierzam. To tylko, co mi nie jasnem, sprostować, względnie, jeśli ja źle zrozumiałem, wyjaśnić pragnę.

Na zakończenie spytam się jeszcze, czy to nie mylna owa wzmianka o 40° C. kąpielach nasiadowych. Zawsze to 32° R. a nie tylko z wykładów prof. Rosnera pamiętam przestrogę przed gorącemi kąpielami, ale i u swoich pacyentów po nich widywałem pogorszenie.

Dr. Czesław Uhma we Lwowie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Podręcznik chirurgii szczegółowej przez prof. Dra L. Rydygiera, dyrektora kliniki chirurg. Uniw. Jagiell. Tomu drugiego zeszyt pierwszy. Poznań. Drukiem Jarosława Leitgebra. Nakładem Autora. 1893.

Nie łatwo znajdzie się u nas osoba, którаby podjęła się nakładu książki zawodowej; trzeba do tego albo stowarzyszenia, jakiem jest n. p. stowarzyszenie założone przez prof. Korczyńskiego, albo ryzyka samego autora, gdyż nasze księgarnie nie chcą się imać tego śliskiego interesu. Czyż z takim mozołem stworzona książka może wytrzymać konkurencyę z dziełami niemieckiemi, które za niedrogie pieniądze co kilka lat wychodzą w odnowionem wydaniu.

Niespożytą zatem zasługą jest prof. Rydygiera, że nie uląkł się tych trudności, tego mozołu a w końcu i tego ryzyka, i że na własny koszt wydaje dla dobra kształcącej się młodzieży lekarskiej dzieło, odznaczające się i doborem treści i nieskażonym językiem

Wprawdzie wskutek pomienionych trudności pojawiają się zeszyty książki, o której mowa, w okresach bardzo odległych; różnica bowiem czasu między pierwszym zeszytem pierwszego tomu a pierwszym drugiego wynosi lat dziewięć, lecz pocieszajmy się francuskiem przysłowiem, że *mieux tard, que jamais* i miejmy nadzieję, że dalsze zeszyty okażą się w krótszych terminach.

Obecny zeszyt zawiera choroby kręgosłupa i piersi z dodatkiem obejmującym choroby sutka. Jak w poprzednich zeszytach, trzyma się autor rozkładu Königa i Hütera, lecz obrabia rozdziały swego dzieła bardzo gruntownie, opierając się na własnem doświadczeniu, czego w tym zeszycie daje niezbite dowody świetnie opracowanymi działami, jak n. p. o zranieniach przepony i o wysięku ropnym w jamie opłucnowej.

Niemałą też zasługą autora jest, że obok literatury narodów prym w koncercie światowym wiodących, bardzo szczegółowo i sumiennie cytuje autorów z naszej biednej polskiej literatury. Książka ta znajdować się powinna nie tylko w rękach medyka gotującego się do egzaminów z chirurgii, lecz na biurku każdego lekarza polskiego; znajdzie on w niej bowiem wiele dobrych i trafnych wskazówek dla praktycznego swego zawodu. *Alfred Obaliński.*

J. Polak. **O cholerze w r. 1892 w Warszawie.** Str. 84 i dwie tablice. Warszawa. 1893.

Autor podawszy szkic historyczny pandemij cholerycznych, opisuje przebieg epidemii cholery w Królestwie Polskiem i mieście Warszawie w r. 1831, 1852, 1866, 1872/3, objaśniając rzecz wyczerpująco datami statystycznemi i przytaczając ówczesne rozporządzenia sanitarno-policyjne władz, zmierzające do stłumienia epidemii, niektóre w dosłownem brzmieniu według aktów urzędowych, wszystko poddając krytycznemu rozbiorowi i naukowemu ocenieniu.

Drugą część dziełka poświęca autor wyłącznie przebiegowi cholery w Warszawie w r. 1892. — Nasamprzód zwraca uwagę na wzmożenie się znaczne chorobliwości i śmiertelności wskutek nieżytu kiszek, jakie wykazano przed właściwą epidemią w sierpniu i we wrześniu 1892 r., poczem podaje dokładne daty, objaśniające kolejność przypadków cholery i ich związek pomiędzy sobą, łączność etyologiczną ognisk choroby, nadzwyczaj dokładnie opisuje obrazy chorobowe, jakie przebieg przypadków cholery przedstawiał i cyframi dowodzi, jak często wydarzały się pewne przypady chorobowe w przypadkach leczonych w szpitalach warszawskich; nakoniec zastanawia się krytycznie nad racyonalnością i skutecznością środków zapobiegawczych i sanitarno policyjnych.

Cenne bardzo i trafne są uwagi co do etyologii cholery, jakie autor podaje w końcowym rozdziale swej pracy; nie są to teoretyczne rozumowania, lecz wnioski wysnute ze spostrzeżeń ścisłych, ze statystyki bez uprzedzenia i ściśle umiejętnie spożytkowanej, n. p. że lasecznik Kocha stanowi ważny objaw dyagnostyczny cholery .... wszakże nieobecność przecinkowców .... nie upoważnia do odrzucenia rozpoznania cholery. Wypada tu przypomnieć, że autor przytoczoną powyżej uwagą uprzedził wynik badań Rubnera i Dunbara (sierpień 1893), którzy w pewnej ilości przypadków cholery mimo starannych poszukiwań nie wykryli laseczników Kocha a odwrotnie wykryli w wodzie rzecznej w Berlinie i Hamburgu obecność laseczników, nie dających się niczem odróżnić od laseczników cholery azyatyckiej (*vibrio Berolinensis*).

Wspomina też autor z naciskiem o związku cholery z wodą rzeczną, jaki dostrzeżono także w Warszawie.

Praca Dra Polaka nader starannie spisana, stanowi piękną monografią o cholerze w Warszawie, opartą nie na jednostronnem zapatrywaniu się, lecz na krytycznem i zawsze ściśle umiejętnem ocenieniu okoliczności spostrzeganych i dat zebranych; należy mu się za to prawdziwe i zasłużone uznanie.

Strona typograficzna pracy, z której zdajemy właśnie sprawę, bardzo staranna. *Poniklo.*

Chirurgia.

Trzebicky: **W sprawie techniki operacyjnej przy herniotomii.**

Operacya przepuklin budzi u chirurga wielkie zainteresowanie się gwoli rozmaitości stósunków, jaką się znachodzi; z tego względu też tłómaczy się rozmaitość techniki operacyjnej. Autor tej sprawie poświęcił kilka cennych uwag na podstawie przypadku uwięzłej przepukliny udowej, operowanej w szpitalu Braci Miłosierdzia w Krakowie, po uwięźnięciu trzy dni trwającem. Operacyę wykonano w typowy sposób w znieczuleniu kokainą. Przy operacyi uderzyło autora, że kanał udowy był bardzo rozszerzony. Na jelicie dostrzeżono w miejscu najwypuklejszem zabarwienie brunatne wielkości grochu. Miejsce to podejrzane o zgorzel wpuklił autor a nad niem spoił fałdy jelita szwem Lemberta. Po odprowadzeniu wypadłego jelita wprowadził T. palec w głąb rany i przekonawszy się, że koniec palca porusza się swobodnie w jamie zawierającej jelita, spoił brzegi rany wprowadziwszy poprzednio pasek gazy jodoformowej.

Chory przez 24 godzin po operacyi miał się dobrze; wiatry odchodziły, później atoli przypady niedrożności na nowo wystąpiły w stopniu znacznie większym, aniżeli przed herniotomią, chociaż rana nie przedstawiała żadnej nieprawidłowości. Gdy chory mimo środków przeczyszczających i lawatyw miał się coraz gorzej, zgodził się na operacyę powtórną. Cięcie brzuszne poprowadzono w linii środkowej, poczem ujrzano rozdęte i mocno nastrzykane pętle jelita, pokryte miejscami strzępkami wypociny. Badanie bardzo dokładne wykazało, iż odprowadzone podczas herniotomii jelita nie znajdywały się w jamie brzusznej, ale w jamie wielkości jaja gęsiego, otrzewną ścienną oddzielonej od jamy brzusznej, że zatem odprowadzenie było tylko pozorne. — Uwolnione z tej jamy jelito wprowadził teraz T. do jamy brzusznej, wymacał wypocinę z jamy brzusznej, następnie

zamknął w całości ranę polaparatomijną a ranę herniotomijną wytamponował gazą jodoformową. Oznaki całkowitej niedrożności ustąpiły po operacyi; chory jednak umarł w 36 godzin wskutek ogólnego zapalenia otrzewnej, jak to wykazała sekcya. Jelito w miejscu zeszycia nie odróżniało się niczem od reszty.

Wskutek tego przypadku zaleca autor zaniechanie dawnych typowych operacyj przynajmniej przy przepuklinach pachwinowych. Jego zdaniem, które zresztą podzielają i inni operatorowie, przeciąć się powinno cały kanał przepuklinowy aż do pierścienia uciskającego a następnie po należytej desinfekcyi worka przepuklinowego przedłużyć cięcie przez skórę i mięśnie ku górze. Potem dopiero przecina się pierścień uciskający pod kontrolą oka a odprowadza jelito również pod pewną kontrolą wzroku. Zarzut, iż przy tym sposobie operowania jamę brzuszną otwiera się szeroko, słusznie tem odpiera, iż wobec antyseptyki jest błahym a to, że operacya kilka minut dłużej trwa, również nic nie znaczy, bo się unika przypadkowego skaleczenia jelita albo naczynia i unika repozycyi pozornej.

W końcu nadmienia autor, iż z bardzo dobrym skutkiem tak herniotomię, jak herniolaparotomię wykonywa w anestezyi lokalnej kokainą.

(Podobne stósunki, jak autor, zastałem w przypadku przepukliny pachwinowej. Po nacięciu pierścienia przepuklinowego, przekonałem się, iż 5 cm. głębiej ku jamie brzusznej znajduje się drugi pierścień uciskający. Pozornego odprowadzenia uniknąłem jednak rozszerzywszy światło pierścienia (patrz: Szkice herniologiczne. *Wiadomości lekarskie.* 1889, Nr. 6 i 7). Odtąd wprowadzam palec zawsze głęboko do jamy brzusznej a drugą ręką na brzuchu położoną kontroluję jego ruchy. *Przypisek sprawozdawcy.*). *Medycyna. 36. 1893.* *Dr. Bogdanik.*

Medycyna sądowa.

Lewin: Jaką dawkę morfiny może lekarz zapisywać choremu?

(Orzeczenie sądowo-lekarskie).

Osobie 64 letniej, chorej na raka macicy, polecił lekarz C. wodan chloralu przeciwko bólom i bezsenności. Gdy lek ten nie skutkował, zapisał chorej zawezwany drugi lekarz D. morfiny 0·2 na 10·0 wody, z poleceniem zażywania po 20—30 kropel przed spaniem.

Pacyentka zażyła 22. stycznia wieczorem 20—22 kropel. Nazajutrz zastał ją Dr. D. w głębokim śnie, spokojnie oddychającą, o tętnie 110. Wedle zeznania dozorczyni przebudziła się chora tegoż dnia o godzinie 1. po południu, jadła i piła zupełnie przytomna, po kwadransie zaś zasnęła z poleceniem, by nie przerywano skrzepiającego ją snu. Gdy ją mimo to zbudzono, dawała przytomne odpowiedzi i żądała napoju.

24. stycznia lekarz C. uwiadomiony o zaleconym przez D. leku, podejrzywa ostre zatrucie morfiną i podaje w swojem sądowem doniesieniu z tegoż dnia, że chorą zastał nieprzytomną, bladą, oddychającą powoli i z trudnością; nadto znalazł u niej zwężenie źrenic, przyspieszenie tętna i upośledzenie w oddawaniu moczu. Zalecił proszki z kamfory, nie stósując wcale atropiny, jako odtrutki, ani też żadnych środków przeczyszczających ani moczopędnych, celem wydalenia trucizny z ustroju.

W nocy z dnia 24. na 25. zbudziła się chora, rozpoznawała osoby, nawet wstawala z łóżka.

25. stycznia miała niepoznać Dra C., czemu jednak dozorczyni przeczy. Po południu straciła przytomność a nazajutrz (26. stycznia) po południu zmarła wśród znacznego rzężenia w płucach, gdy tętno doszło 140. Sekcya wykazała zgrubienie zastawki dwukończystej i trójkończystej, zwyrodnienie i rozstrzeń mięśnia sercowego, wreszcie olbrzymi guz rakowy macicy, zrosły mocno z częściami sąsiedniemi.

Rozważając opisany przypadek, należy obliczyć, że chora wypiwszy 20 kropel rozczynu wodnego, mogła wyżyć dozwoloną jeszcze dawkę 2—3 cntgrm. morfiny. Sprawozdawcy sądowi przyjęli mylnie do 0·0375 grm., dodając oraz, że dawka ta przyspieszyła zgon osoby, rakiem dotkniętej. — Chora, o którą chodzi, zasnęła wnet po zażyciu kropel i popadła w sen do południa następnego dnia, t. j. sen 11—15 godzinny, podczas którego żadnego objawu zatrucia nie dostrzeżono, owszem przekonano się o powiększeniu liczby tętna. Głęboki sen był bez kwestyi skutkiem morfiny a wystąpił tem łatwiej u osoby schorzałej, cierpiącej od dłuższego czasu na bezsenność. Nie była to jednak śpiączka (*coma*) z otrucia, gdyż w takim razie wystąpiłyby i objawy jego ze strony narządu krążenia i oddychania a to tem rychlej, ile że morfina w rozczynie wodnym zażyta, tem też łatwiej do krwi mogła była dostać się przez wessanie.

W razie otrucia nie mogłaby chora po 15 godzinach spożyć całkiem przytomnie pokarmu, bo, chociaż się zdarza, że po pozornem polepszeniu przychodzi do śmiertelnego zwrotu zatrucia, to przecież w przypadkach takich występują poprzód objawy ciężkiego otrucia.

Wedle przytoczonego przez Dra C. zeznania, tętno było przyspieszone, w oddychaniu nie dostrzeżono wcale typu Cheyne-Stockesa; chora zaś po 60 godz. była w stanie odpowiadać wcale przytomnie, gdy w zatruciu morfinowem tylko silne wstrząsania ciałem i mocne bodźce na skórę mogłyby wywołać zaledwo odruchowe jakieś poruszenie, nigdy zaś rozważnej odpowiedzi. Widziano wprawdzie niekiedy w zatruciu morfiną miasto zwolnienia przyspieszenie tętna a także i sen po zwykłej nawet dawce do 54 godzin trwający, wreszcie zboczenia w czynności serca i w oddychaniu; w danym jednak przypadku, nie wolno zapomnieć, że rzeczona zmarła chorowała na serce, przytem była zatruta jadem rakowym, który ostatecznie sam przez się prowadzi do śmierci wśród objawów podobnych, jak powyż opisane; wreszcie do schorzeń tych przyłączyła się nadto większa indywidualna wrażliwość na działanie morfiny.

Twierdzenie, jakoby tu zwykła dawka morfiny zadziałała mocniej ze względu, że zmarła poprzednio nigdy tego leku nie używała (o czem zresztą można wątpić), nie ma podstawy, gdyż o przyzwyczajeniu się do morfiny można mówić tylko przy ciągłem jej używaniu, wytwarzającem istotnie z czasem pewną odporność organizmu, gdy w innym razie nawet po dziesięciokrotnem zażyciu morfiny, jedenastorazowe przecież samo przez się wywołuje właściwy sobie odczyn.

Dawkę śmiertelną stanowi dopiero 15—20 razy większa ilość od zażytej; o tem zaś, czy i kiedy może ona stać się indywidualnie za wielką, tylko skutek poucza; wrażliwości bowiem chorego na dany lek nikt z góry oznaczyć nie może; lekarz zaś nie tylko nie może się nią krępować, ale owszem ma prawo przekraczać nawet wedle swego uznania przepisane dawki.

Orzeczenie znawców sądowych, jakoby morfina u chorej na raka tylko przyspieszyła śmierć skutkiem porażającego działania narkotyku na czynność mózgu, oddychanie, wydzielanie moczu znaczy właśnie tyle, co twierdzenie, że każdy, byle nieobojętny środek zadany przed samą śmiercią można podobnież uważać za przyspieszający zgon. W razie przyjęcia takiego zapatrywania się, należałoby wprost odmówić wszelakiego środka, kojącego straszliwe boleści chorych na raka, których wszakże nie ukoją ani zalecone przez owych znawców środki skrzepiające i opieka.

Wobec powyż przytoczonych zdań należy zatem w danym przypadku uznać śmierć za skutek zbiegu trzech niekorzystnych czynników, jako to: ciężkiego schorzenia rakowego, równoczesnej choroby serca a wreszcie i szczególnej, indywidualnej wrażliwości na morfinę. Wszelako, gdyby nie było ani pierwszego, ani drugiego a trzeba było uznać samo tylko otrucie morfiną za przyczynę śmierci, to i w tym razie nie możnaby uznać postępowania lekarza za sprzeczne z zasadami nauki lekarskiej. (*Berl. klin. Wochschr. Nr. 41. 1893*). *Dr. Leopold Kosiński.*

Patologia.

M. Rejchman: O dużych samoistnych uchyłkach (*diverticula)* dolnej części przełyku.

R. opisuje 3 przypadki uchyłków takich. Uchyłki te w miarę spożywania potraw przez chorych wypełniały się powoli, przez co występywały objawy zwężenia przełyku. Dało się to także stwierdzić przez badanie zgłębnikiem, który wprowadzony po spożyciu potraw, napotykał na przeszkodę w dolnej trzeciej części przełyku. Gdy jednak przez aspiracyę opróżniono uchyłek, co się łatwo udawało, zgłębnik bez oporu dał się wprowadzić do żołądka. Pierwotne zwężenie przełyku, jako przyczynę R. uważał w tych przypadkach za wykluczone. Chemiczne badanie dobytej treści uchyłków wykazało oddziaływanie kwaśne, pochodzące od kwasu mlekowego lub kwasu solnego. Badanie treści żołądka dowodziło mniej więcej prawidłowego trawienia. Treści te były więc zupełnie różne i dowodziło to dostatecznie, że między uchyłkiem a żołądkiem nie było żadnej bezpośredniej łączności. Pojemność uchyłków wynosiła od 100 do 500 cm. sz. We wszystkich przypadkach istniały dolegliwości, jak ucisk w okolicy dolnego końca mostka i wracanie się potraw, szczególnie wtedy, gdy uchyłek był wypełniony. R. badał cały szerego przełyków przy sekcyach i w 6 przypadkach rzeczywiście znalazł małe uchyłki, wielkości orzecha laskowego w dolnym odcinku przełyku. Na zewnętrznej ich powierzchni, nawet badaniem drobnowidowem, nie można było odkryć żadnych zrostów. Dlatego R. sądzi, że nie jest tu przyczyną pociąganie *(diverticula e tractione*) i że spostrzegane u 3 chorych uchyłki duże, mogły powstać z takich małych, wrodzonych lub nabytych. (*Gazeta lekarska. 5. 1893*).

Terapia.

W. Wróblewski: O zastósowaniu nalewki jodowej w chorobach gardziela i nosa.

Autor zaleca ten lek w całym szeregu chorób nosa i gardziela. Posługuje się przy tem pęzelkami z waty, które tylko miernie w nalewce jodowej umoczyć należy a to w tym celu, aby działania ograniczyć jedynie do miejsc schorzałych. Lek należy wetrzeć w tkanki chore i nie pomazywać tego samego miejsca pierwej, nim reakcya minie zupełnie. U osób bardzo tkliwych można przed zastósowaniem nalewki znieczulić błonę śluzową kokainą. Ból po pomazaniu zwykle bywa mierny i przemija w krótkim czasie. Leczenie to dało dobre skutki w *rhinitis atrophica* a z 10 przypadków nieżytu o złej woni (*ozaena*) w 2 nastąpiło wyleczenie, w 8 znaczne polepszenie. W. opisuje przypadek błonicy przyrannej po operacyi w jamie nosogardłowej, wyleczonej nalewką jodową. Również w jednym przypadku obfitych a uporczywych krwotoków ze sklepienia jamy nosogardłowej po dwukrotnem użyciu nalewki nastąpiło zupełne wyleczenie. W grzybicy włoskowcowej, w suchych nieżytach, jak również w niektórych okresach ropotoku jamy Highmora, środek ten dobre oddaje usługi. (*Gazeta lekarska. N. 10. 1893*). *Sch.*

Przegląd terapeutyczny.

— Z doświadczeń Thorntona na zwierzętach otrutych fosforem, dokonanych z domniemanemi odtrutkami tegoż ciała, jak olejkiem terpentynowym, nadmanganezanem potasowym, siarkanem miedziowym, nadtlenkiem wodoru, wypada:

1) Najlepszą odtrutką jest nadmanganezan potasowy (*kali hypermanganicum*). Należy go zadawać w rozczynie bardzo słabym: 0·5 do 1·0% i zanim fosfor został wessany.

2) Należy wystrzegać się używania siarkanu miedziowego, który wywołuje zawsze zapalenie przewodu pokarmowego nie mniej niebezpieczne, niż wessanie fosforu.

3) Nadtlenek wodoru działa bardzo powoli a drażni mocno przewód pokarmowy.

4) O olejku terpentynowym przypuszcza się, iż z fosforem tworzy masę krystaliczną, podobną do olbrotu czyli spermacetu. Ponieważ jednak to połączenie tworzy się tylko ze starą terpentyną francuską, której w handlu prawie całkiem dostać nie można, najpraktyczniej będzie olejku terpentynowego nie uważać za odtrutkę fosforu.

— Pomyślne działanie garbnikanu rtęci w kile poddały dwom lekarzom francuskim, Broussemu i Gayowi, myśl spróbowania ciała pod względem chemicznym bliskiego, dębiankanu rtęci (*gallate de mercure)* tem bardziej, iż spodziewali się, że w tem połączeniu znajdą ciało stalszego składu chemicznego od przetworów oznaczonych nazwą garbnikanu rtęci. Dębiankan rtęciawy (*gallate mercureux)* otrzymywali dodając kwasu dębiankowego do azotanu rtęciawego a dębiankan rtęciowy *(gallate mercurique*) dając kwas dębiankowy do octanu rtęciowego.

W pierwszym razie wydziela się proszek zielonożółtawy, który przez wysuszenie nabiera barwy brudnej, ciemnozielonej; w drugim razie powstaje proszek z początku czerwony, po wysuszeniu cisawy czyli brunatny.

Tak ta zmiana barwy, jak i inne próby przemawiają za tem, iż połączenia chemiczne w ten sposób otrzymane nie o wiele są stalsze, niż garbnikan rtęci.

Dlatego autorowie poszli tą samą drogą, jaką otrzymali garbnikan rtęci, i zmięszali 37·60 czystego, krystalicznego kwasu dębiankowego z 21·60 tlenku żółtego rtęci, utarli to razem w moździerzu, dodali 25 cm. sz. wody destylowanej i otrzymali płynną masę, którą zostawiali w moździerzu przez dwa dni. Masę wyschłą proszkowali a następnie suszyli pod dzwonem szklanym przez 24 godzin w obecności kwasu siarkowego. Rozbiór chemiczny proszku czarnozielonego w ten sposób otrzymanego wykazuje, że zawiera on 37·17% czystej rtęci.

Z proszku tego sporządzano pigułki zawierające po 0·05 garbnikanu rtęci a po 0·10 wyciągu chinowego, które przeto zawierały po 0·018 czystej rtęci, i tych dawano w klinice dermatologicznej po 2 do 4 na dzień 30 chorym, czy to dotkniętym wrzodem twardym, czy okazującym różne objawy kiły drugorzędnej.

Resorpcya tego przetworu odbywa się bardzo rychło tak, iż już po 24 godzinach od zażycia pierwszej dawki można wykryć rtęć w moczu.

Pod względem działania fizyologicznego nie ma nic do nadmienienia; ślinienie się było bardzo mierne a tylko wyjątkowo skarżyli się chorzy na bóle w brzuchu, ustępujące zaraz po zaprzestaniu leku, który później znowu można było zadawać aż do wyleczenia.

Działanie terapeutyczne występowało bardzo rychło. Dawka dzienna po 0·10 wystarczała zazwyczaj na wrzody twarde i lekkie objawy drugorzędne, jak różyczkę, lepicże; leczenie trwało zazwyczaj 15 dni, tylko bardzo rzadko miesiąc. Formy ciężkie, mianowicie ogólna osutka guzkowa, wymagały dziennej dawki po 0·20, zazwyczaj krócej, niż przez miesiąc. Wreszcie nadmienić należy, iż garbnikan rtęci okazał się bardzo skutecznym w ciężkich formach kiły drugorzędnej u osób nadużywających napojów wyskokowych lub wynędzniałych.

Z tego wszystkiego wypada, że dębiankan rtęci jest dzielnym środkiem przeciwkiłowym, mającym tę zaletę, iż nie łatwo wywołuje przypady rtęcicy, jeżeli go się używa w zwykłych dawkach terapeutycznych, i że zasługuje na użycie tam, gdzie przetworów klasycznych rtęci użyć nie można z przyczyny zboczeń w przewodzie pokarmowym, nieprawidłowej dentycyi lub ogólnego wynędznienia.

(*Les Nouveaux Remèdes. 8. Octobre. 1893*).

— Z uwagi, że mimo najściślejszej antyseptyki trafiają się ropnie po wstrzykiwaniu podskórnem arseninów (jak 1% rozczynu arseninu sodowego i rozczynu Fowlerowego), radzi Saalfeld na podstawie własnego doświadczenia zagotować w rurze odczynnikowej płyn przeznaczony do wstrzyknienia przed samą injekcyą. Przy zachowaniu tej ostrożności nie powstają nigdy ropnie. (*Ther. Mtshefte. 10. 1893*).

Notatki terapeutyczne.

Pocenie się nóg leczy prof. Kaposi w Wiedniu w ten sposób, że poleca obmywać stopy rano i wieczór płynem:

127) Rp. *Naphtholi* 50·00
Glycerini 10·00
Spiritus vini 100·00

a następnie zasypywać proszkiem:

128) Rp. *Naphtholi pulverati* 2·00
Amyli puri 180·00

Można także co rano wsypywać do obuwia proszek:

129) Rp. *Talci pulverati* 40·00
Magisterii bismuthi 45·00
Kalii hypermanganici 3·00
Natrii salicylici 2·00
MDS. Zewnętrznie.

(*Deutsche med. Wochschr. 25. 1893*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

XI. posiedzenie z dnia 16. czerwca 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Kicki przedstawia *a*) chorego, u którego z przyczyny *ectropium cicatriceum palpebrae superioris*, wykonał plastykę płatem wziętym z czoła;

b) chorego, u którego z przyczyny *trichiasis* wykonał plastykę sposobem Weatsona;

c) chorego po wykonaniu transplantacyi sposobem Jaeschego-Arlta.

3) Kol. Barącz przedstawia dwóch chorych:

a) chorego, u którego z przyczyny płaskiego raka nosa wykonał przed 10 dniami typową rynoplastykę z czoła. Ubytek na czole pokrył kol. B. przez transplantacyę skóry sposobem Thierscha. Wszystkie skrawki skóry przyrosły. Kol. B. podnosi zalety metody Thierscha przy ubytkach skóry na czole, sięgających aż do *galea aponeurotica* i przeciwstawia obecny sposób operowania dawnemu, gdzie kość zawsze ulegać musiała martwinie i gdzie okres leczenia trwał miesiącami.

b) chorą, u której przed 4 laty wykonał z przyczyny sprawy gruźliczej w stawie łokciowym osteoplastyczną resekcyę tegoż stawu sposobem Pawła Brunsa. Ruchomość stawu jest idealna i chora może spełniać wszelkie czynności tą kończyną. Kol. B. operował tym sposobem dwa razy z bardzo dobrym skutkiem w sprawach gruźliczych; w trzecim przypadku zastósował kol. B. tę metodę w *luxatio antibrachii posterior inveterata* również z bardzo dobrym skutkiem. Na tej podstawie poleca gorąco metodę Brunsa jako najlepszą tak wobec spraw gruźliczych jak i wobec zastarzałych zwichnięć stawu łokciowego (*referat własny*).

W dyskusyi kol. Wehr nawiązując do drugiego przypadku przedstawionego sądzi, że o wyniku operacyjnym w tym przypadku nic pewnego na razie powiedzieć nie można; wyniki rynoplastyki dosyć smutno się przedstawiają w dłuższy czas po operacyi, ponieważ płaty później zawsze się ściągają, zniekształcają i częściowo zanikają.

Kol. Schramm jest zdania, że w danym przypadku wynik rynoplastyki może być względnie dosyć dobry, ponieważ utrzymana była część skrzydeł nosowych i przegrody nosowej. Co do pierwszego przypadku przez kol. Barącza przedstawionego, zwraca uwagę kol. S., że sam najczęściej wykonywa resekcyę stawu łokciowego sposobem Brunsa, ponieważ tym sposobem zyskuje się najlepszy dostęp i przegląd całej powierzchni stawowej, że jednakże inne metody a w szczególności najczęściej używany sposób Langenbecka, dają równie dobre wyniki pod względem ruchomości stawu.

4) Kol. Gluziński przedstawia chorego, u którego wyjął znaczną ilość (kilkadziesiąt) brodawczaków z krtani.

5) Kol. Prus przedstawia chorego, u którego po zwichnięciu kości ramieniowej wystąpiło porażenie ruchowe i czuciowe całej kończyny górnej. Do przypadku tego nawiązuje kol. P. wykład o urazowem porażeniu splotu barkowego, dochodząc do wniosku, że przyczyną porażeń tego rodzaju bywa najczęściej naciągnięcie nerwów a nie ucisk nerwów przez wysadzoną główkę kości ramieniowej. (Rzecz będzie w całości umieszczona w *Przegl. Lek.*).

Następnie kol. Prus przedstawia chorego, którego z powodu napadów szałowych skrępowano, wskutek czego wystąpiło porażenie ręki (*Fesselungslähmung*).

Kol. Wehr jest zdania, że nie samo naciągnięcie nerwu, lecz także, i to przeważnie, ucisk główki kości ramieniowej na nerwy wywołuje porażenie. Żeby zaś naciągnięcie nerwu miało być wyłączną przyczyną porażeń, nie wydaje mu się prawdopodobnem.

Kol. Schramm, omawiając przypadek pierwszy przez kol. Prusa przedstawiony, sądzi, że w przypadku tym sposób powstania zwichnięcia i okoliczności towarzyszące przemawiają na korzyść twierdzenia kol. Prusa, że naciągnięcie nerwu było przyczyną porażenia kończyny. Możliwość powstawania porażeń wskutek naciągnięcia nerwów potwierdza przypadek z kliniki Billrotha, w którym wskutek naciągania nerwu w celach leczniczych, wystąpiło zupełne porażenie nerwu kulszowego. Przeciw twierdzeniu, jakoby ucisk główki kości ramieniowej na nerw miał być najczęstszą przyczyną porażeń, przemawiają stare zwichnięcia, w których porażeń nie ma. Nerwy zesuwają się z łatwością z główki kości tak, że nie często podlegają uciskowi.

Kol. Prus przytacza powtórnie, że zdaniem jego najczęściej wyłącznie gwałtowne naciągnięcie nerwu a nie ucisk główki kości sprawia porażenia. Naciągnięcie gwałtowne nerwu gorzej działa, aniżeli ucisk; nadto tylko dłużej trwający ucisk nerwu wskutek ischemii, może sprowadzić zapalenie nerwu z następowem porażeniem. Sam ucisk zaś bez ischemii nerwy bardzo długo wytrzymują, zanim pobudliwość utracą.

Na tem zakończono posiedzenie.

Uwaga. W sprawozdaniu z X. posiedzenia zob. *Przegląd lek.* Nr. 38., str. 501, w. 25 z dołu, zamiast *płatami* ma być *płytami*; tamże szp. 2, w. 24 od góry zamiast *pałkowaty* ma być *gałkowaty*. Sekretarz *Dr. Bory.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 5. lipca 1893 r.

Prezes: kol. Łazarski. — Obecnych członków 16.

I) Kol. Prezes odczytuje odezwę nadesłaną z komitetu gospodarczego przyszłego zjazdu lekarskiego we Lwowie; proponuje jednak nie otwierać dyskusyi nad tem pismem i nie przedsiębrać żadnych uchwał ze względu na szczupłe grono zgromadzonych kolegów a natomiast odłożyć wszystko do powakacyj.

Kol. Zarewicz uważa za najodpowiedniejsze nie otwierać dyskusyi nad sprawą już postanowioną i stanowczą, ale i nie odkładać ponownego odczytania do powakacyj, coby sprawę przewlokło, lecz natomiast przyjąć powyższą odezwę do wiadomości i zająć się jak najwcześniejszem przygotowaniem prac na zjazd przyszły.

Kol. Mars proponuje odstąpić powyższe pismo redakcyi *Przeglądu lek.*, by je ogłosiła a zarazem zachęciła kolegów do przygotowywania prac na zjazd pomieniony.

Zgromadzenie uchwaliło postąpić w duchu przemówień kolegów Marsa i Zarewicza.

II) Kol. Prezes okazuje nadesłane prace: *a*) Rocznik Tow. ginekologicznego i *b*) Atlas prac i wzorów kol. Marsa, poczem oddaje je kol. Bibliotekarzowi do przechowania.

III) Przyjęto jednogłośnie na członków czynnych Towarzystwa Drów: prof. Kostaneckiego, Leopolda Haima i Bolesława Komorowskiego.

IV) Kol. Łucki (z Oświęcima) przedstawia i demonstruje prątki influency, znalezione we krwi wziętej z chorych na po-

mienioną chorobę podczas tegorocznej epidemii panującej w Oświęcimie.

Prof. Mars zapytuje się prelegenta, czy przeprowadzał szczepienie na zwierzętach, bo kultury i szczepienie mogłyby dopiero rozstrzygnąć sprawę, o której stanowczo nic twierdzić nie można ze samego obrazu drobnowidowego.

Sekretarz *Dr. Olszewski.*

VI. Wiadomości bieżące.

— Znany całemu światu prof. Virchow w Berlinie obchodził w dniu 21. b. m. 50-tą rocznicę otrzymania stopnia doktora medycyny; z tej okazyi wydała redakcya *Berliner klinische Wochenschrift* numer podwójny pod tytułem *Virchow-Nummer*, oznaczony liczbami 43 a i 43 b. Nr. 43 a zawiera po słowach wstępnych od redakcyi przedstawienie czynności, prac i zasług jubilata: na polu patologii ogólnej i anatomii patologicznej przez E. Rindfleischa, na polu anatomii, embryologii i zoologii przez W. Waldeyera, na polu urządzeń higienicznych Berlina przez P. Langerhansa, na polu antropologii, etnologii i dziejów pierwotnych przez Krausego i Bartelsa, na polu czynności w towarzystwach lekarskich przez B. Fraenkla. Sam spis prac Virchowa obejmuje więcej, niż 8 stronnic petytowego druku w formacie wielkiej 4-ki, w jakiej wychodzi *Berl. klin. Wochschr.*

Sądzimy, iż lepiej, trafniej i trwalej, niż to uczyniła *Berl. klin. Wochschr.*, nie można było uczcić niespożytych zasług Virchowa a zarazem zwracamy uwagę, iż w szeregu prac Jubilata znajdują się także i odnoszące się do kraju naszego. Wiadomo zresztą, iż prof. Virchow był w Krakowie i bardzo żywe okazywał zajęcie się jego cennemi zbiorami nauki i sztuki.

— Wspaniały legat dla akademii umiejętności francuskiej, zrobiony przez byłego jej prezydenta, d'Abadiego, legat, o którym wspomnieliśmy w poprzednim nrze *Przeglądu lekarskiego* dodając, iż łączy się on z obowiązkiem niedopuszczania wiwisekcyj w zakładach jego kosztem powstać mających, robi dosyć wrzawy w pismach lekarskich francuskich, które i słusznie dziwią się, jak może b. prezydent akademii umiejętności kłaść warunek tyczący się owego niedozwalania wiwisekcyj; zwracają jednak uwagę, iż jest to legat nie samego d'Abadiego, ale małżonków d'Abadiech a więc *cherchez la femme!*

— Skutkiem zaprowadzenia w Niemczech ustawy o wynagradzaniu przez przedsiębiorstwa przemysłowe, komunikacyjne i t. p. szkód na zdrowiu zrządzonych, powstała w kołach prawniczych i lekarskich kwestya, czy można zmusić kogoś, żeby się dał operować, w tych mianowicie przypadkach, w których mała nieraz operacya mogłaby stan zranionego znacznie poprawić, zwiększyć lub nawet przywrócić zdolność do pracy a przez to również zmniejszyć wysokość renty wypłacanej jako wynagrodzenie za szwank na zdrowiu. Prawnicy i rząd niemiecki są zdania, że nie można prawnie nikogo zmusić, żeby dał na sobie dokonać choćby najmniejszej operacyi; przedsiębiorstwa zaś interesowane twierdzą, iż przez nieuzasadniony upór lub egoizm ponoszą znaczne straty, ponieważ ludzie, którymby nieraz mała operacya pomogła bardzo znacznie w odzyskaniu w całości lub znacznej części zdolności do pracy, nie dają się operować, bo to dla nich wygodniej znosić małe kalectwo a przytem pobierać sobie dożywotnią rentę.

— Naukowa deputacya niemiecka dla spraw lekarskich wypracowała opinią w sprawie nadzoru nad zakładami dla chorób umysłowych. Rząd zamierza nie tylko zaostrzyć przepisy o przyjmowaniu do zakładów dla obłąkanych, dokładniej nadzorować te zakłady, ale zarazem i zaprowadzić komisye rewizyjne, które mają przekonywać się o stanie nietylko tych zakładów, ale i osób w nich się znajdujących. Odpowiada to projektowi prof. gryfijskiego Medema, który proponuje utworzyć urzędy opiekuńcze złożone z wyższych urzędników kościelnych, szkolnych, lekarskich, administracyjnych i sądowych, którymby należało donosić o przyjęciu każdej osoby do zakładu a prócz tego co rok składać raport o jej stanie. Te urzędy opiekuńcze mają decydować o sposobie i dalszem trwaniu pomieszczenia lub uwolnienia ze zakładów i to na żądanie stron interesowanych tudzież z urzędu.

— **Wiadomości uniwersyteckie. Charków.** Profesor nadzwyczajny Dr. N. Kulczycki mianowany tamże zwyczajnym profesorem histologii i embryologii. — Profesor nadzwyczajny Dr. Openchowski mianowany profesorem zwyczajnym nadetatowym kliniki terapeutycznej szpitalnej. — Na wydział lekarski zapisało się w tym roku po raz pierwszy 158 uczniów. **Petersburg.** Profesor nadzwyczajny kliniki terapeutycznej szpitalnej Dr. F. Pasternacki mianowany profesorem zwyczajnym. — Prof. chirurgii w uniwersytecie moskiewskim, Dr. Sklifassowski mianowany dyrektorem instytutu klinicznego Wielkiej Księżny Heleny Pawłowny. — Na miejsce prof. J. Mierzejewskiego, przeszłego na emeryturę przychodzi znany newropatolog prof. Dr. Bechterew z Kazania. — Prywatny docent akademii wojenno-lekarskiej, Dr. Petrow mianowany profesorem anatomii patologicznej w instytucie klinicznym Wielkiej Księżny Heleny Pawłowny. — Dyrektorem instytutu położniczego zostającego pod protektoratem Wielkiej Księżny Katarzyny Michałowny, mianowany Dr. D. Ott, profesor instytutu klinicznego Wielkiej Księżny Heleny Pawłowny. **Kijów.** Profesor nadzwyczajny chirurgii w Kazaniu, Dr. L. Malinowski mianowany profesorem zwyczajnym kliniki chirurgicznej szpitalnej; na miejsce jego mianowany docent prywatny uniwersytetu kijowskiego, Dr. O. A. Rustycki.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Filadelfii profesor farmacyi i botaniki Maisch; w Londynie prof. Karol Clay, zasłużony na polu owaryotomii; w Neapolu słynny profesor i dyrektor szpitala Pellegrini Dr. Cezar Ollivieri; w Lowanium były profesor anatomii Dr. S. M. van Kempen; w Berlinie prof. nadzwyczajny Dr. Falk.

Sprostowanie. W artykule prof. Walentowicza: o działaniu dyagnostycznem malleiny, Nr. 42, str. 541, szp. II., w. 7 od dołu, zamiast Katning, ma byc Kałning; str. 542, szp. I., w. 23 od dołu zam. Welther ma być Walther, szp. II., w. 23 od góry zam. Gutreita ma być Guteita, w. 20 od dołu zam. 19. kwietnia ma być 9. kwietnia; str. 544, szp. I., w. 16 od dołu zam. Chenatra ma być Chenota, w. 5 od dołu zam. *Zoviatro* ma być *Zooiatro.*

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **J. I. w T. w Azyi na granicy chińskiej.** Otrzymaliśmy; dziękujemy uprzejmie i umieścimy, skoro nam tylko miejsce pozwoli, gdyż w tej chwili mamy w tece redakcyjnej dużo zaległości.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.